

「脳死臨調最終答申と脳死・臓器移植の展望」

旗 手 俊 彦

目 次

- 一 脳死論議の経緯と背景——問題の所在にかえて
- 二 脳死臨調最終答申の内容とその問題点
- 三 脳死・臓器移植の展望
- 四 おわりに

一 脳死論議の経緯と背景——問題の所在にかえて

一九九二年一月二二日、臨時脳死および臓器移植調査会、いわゆる脳死臨調は、およそ二年間にわたる調査活動を終了し、その集大成ともいえるべき最終答申を内閣総理大臣に報告した。

周知のとおり、一九六八年の札幌医科大学における和田心臓移植以来、わが国での脳死および臓器移植に関する論議は、長い間タブー視されることとなった。その脳死論議再開の口火を切ったのは、おそらく一九八三年の日本

「脳死臨調最終答申と脳死・臓器移植の展望」(旗手)

移植医学会による脳死シンポジウムであろう。この時期にわが国において脳死論議が再開された背景として、欧米諸国における移植医療の飛躍的發展を挙げなければならない。移植医療とは、他者の臓器を当該患者の体内に埋め込む外科手術をその根幹としているために、生体に本来備っている免疫機構の働きによる拒絶反応との闘いという宿命を負わされている。一九七〇年代前半には米国を中心に心臓移植手術が盛んに実施されたが、七〇年代後半にその件数は頭打ちとなった。ところが、八〇年代に入り手術件数が顕著な増加の一途をたどり、しかも移植の対象となる臓器が七〇年代主流であった心臓にのみとどまることなく、腎臓や肝臓、心肺同時移植などのように多臓器に及ぶに至ったのである。⁽¹⁾これを可能としたのが、サイクロスポリンやOKT3という免疫抑制剤の登場であった。その登場によって、移植医療にとっての最大の課題である拒絶反応の抑制がかなりの程度達成されることとなったのである。このようにして移植医療を飛躍的に発展させた欧米先進諸国と親子間での数少ない生体腎臓移植を除いて全く移植の実施されることのないわが国とのあまりの落差が、日本の移植医をして、移植医療再開とその前提条件としての脳死論議再開の必要性を強く認識せしめたと理解するべきであろう。このような背景に鑑みると、脳死および臓器移植に関する論議の再開を主導する立場に立つ見解は、それを積極的に推進しようとするもの以外ではあり得ず、本稿で取り上げている脳死臨調最終答申もまた、予想されたとおりの見解を論ずるものであった。

脳死（全脳機能の不可逆的停止）を人の个体死として認め臓器移植を推進しようとする見解は、本件最終答申において初めて宣言されたものではない。これ以前にも、おそらくは脳死・臓器移植推進のゴーサイン⁽²⁾たりえようとした宣言が二つ出されている。その一つは、一九八五年一月六日に発表されたいわゆる「竹内基準」である。竹

内基準とは、全脳機能の不可逆的停止を確実に判定する諸方法を各国のそれと比較しつつ解説したものである。同基準が発表された一九八五年が、前述のとおり日本において脳死・臓器移植論議が口火を切った時期であったために、それを主導する移植医の中には、もはや脳死移植に踏み切る条件は整ったと論ずる向きもあつた^③。しかし、どのように読んでも、竹内基準が臓器移植の必要不可欠の前提条件として、全脳機能の不可逆的停止を人の個体死として認めたものと解釈することは不可能である。というのは、同基準は、次のように言明しているからである。

「本稿はあくまで上述の『全脳死』の概念に基づいた脳死状態の判定指針および基準であり、わが国において、脳死をもって死とするという新しい『死』の概念を提唱しているのではない。本稿は、『死』の概念に関しては改めて別の場で討議されるべきとの見解のもとに執筆されたものである。」(二頁)

「脳死はわれわれに生と死の問題、医学と人間存在、あるいは人間性との問題を問いかけている。このことについては、死の定義と関連して医学以外に、倫理、法律、社会、経済、宗教、哲学などの幅広い分野での討議が必要であろう。…生とは何か、死とは何かについて医師の判断を助けるための医学関係以外からの意見は重要である。したがって、本指針では脳死をもって人の死とは決して定めていない。」(一二頁)(傍点筆者)

右記引用から明らかかとおり、竹内基準は、脳死判定の確実性という医学的根拠のみから脳死を人の個体死として認めることをむしろ否定しているのである。もつとも、このように論ずる竹内基準については、「改めて別の場」、「医学以外(の)幅広い分野での討議」としていかなる方法・形態・制度を念頭に置いていたのかに関し、もう一步踏み込んだコメントがあつてしかるべきではなかったかとの感想を捨て去ることはできない。

いずれにせよ、移植医療を推進する前提条件として脳死を人の個体死として認めるためには、「医学以外の幅広い

分野での討議」がなされる必要が生じたのである。その討議の場たりえようとして組織されたのが、日本医師会生命倫理懇談会（略称「生倫懇」）であった。生倫懇が一九八八年一月一二日に日本医師会会長に提出した「脳死および臓器移植についての最終報告」は、脳死・臓器移植推進のゴーサインたりえようとした二つ目の宣言であると評価することができよう。報告の内容は、予想されたとおり、本人および家族の自由な意思の尊重という理念に立ち、脳死を個体死として認め臓器移植を積極的に推進しようとするものであった。その理論的根拠はむしろオーソドックスなものであり、特筆すべき程のものでもないであろう。生倫懇最終報告に関して注目すべきは、それがまとめられる過程に存する。生倫懇は医師、法律家、医学者・分子生物学者、哲学者、文化人類学者、作家、経済人の計一〇名から構成され、竹内基準とは異なり構成メンバーの職域が広い。しかも、審議においては脳死・臓器移植に関し賛成・反対の双方の立場からゲストスピーカーを招き、途中一九八七年三月二五日には「脳死および臓器移植についての中間報告」を公表して、多方面からの意見を募った。こうした審議経過から、「医学以外の幅広い分野での討議」を自ら実践し、いわゆる社会的合意の形成を促そうと試みた形跡を看助することができよう。

しかしながら、生倫懇最終報告は社会的合意を代表するものとしては受け容れられなかった。移植医の中には、同最終報告をもって医学的・社会的総意の表れとみる向きもあったが、⁴予想に反してといふべきか予想どうりといふべきか、様々な批判が寄せられたのである。その中でも有力な日本弁護士連合会の見解は、患者の人権が侵害される可能性のあることと、社会的合意が未だ成立していないといふことをその最重要点としていふといえよう。⁵前述のような生倫懇の審議経過は確かに注目には値するものの、生倫懇の設置形態から、医学的・社会的総意の形成は不可能だったのである。というのも、最終報告自身が明言しているとおり、生倫懇とは「日本医師会羽田春兔会

長の諮問機関として設けられたものであり、日本医師会からは独立して審議を行った」(一頁)のであった。日本医師会自体開業医中心の組織であり、医学界全体の総意を代表するだけの資格を備えていないことに加え、生倫懇はその会長の個人的な諮問機関に過ぎなかったのである。この点に立脚するとき、最終報告に対し批判的見解が多かったことは、審議経過を省れば予想に反してであったかもしれないが、設置形態からすれば予想通りだったといえるのである。

いわゆる脳死臨調、臨時脳死および臓器移植調査会が内閣総理大臣の諮問機関として設置されたことの持つ意味は、以上の経緯を無視しては理解することはできないであろう。すなわち、国の機関という公的性格を最も強く具備した形態で脳死臨調が設置された最大の理由は、脳死および臓器移植に関して社会的合意を形成することに存したのである。⁽⁶⁾ もっとも、脳死論議がなぜわが国においてこれほどまでに混迷するに至ったのかにまで考察をめぐらすとき、社会的合意の形成は、審議機関の設置形態によって達成されるほど容易な問題でないことは、誰の目にも明らかであろう。本稿冒頭で論じたとおり、わが国における脳死・臓器移植問題の混迷の根源は、和田心臓移植がもたらした医療不信に存するのであった。したがって、脳死・臓器移植に関して社会的合意を形成するためには、脳死臨調は国民の医療界に対する疑念・不信を解消する必要に迫られていたのであり、これが脳死臨調の抱えた最重要課題であったということができよう。

ところで、今回脳死臨調が取り組まなければならなかった大きな課題がもう一つ存した。それは、脳死移植を支える医学的・社会的諸条件をいかに整備してゆくのかのプロセスを明らかにすることである。人体には、自己と非自己とを識別し非自己を攻撃する免疫機構が備っている。このため、他人の臓器が自己の体内に入り込むと、いわ

ゆる拒絶反応を引き起こすのである。この拒絶反応を最小限にくい止めるためには、個々人により異なる遺伝子の情報の可能な限り近い者から臓器提供を受ける必要が存する。遺伝子情報の近さを医学では組織適合性と呼んでいるが、組織適合性の高い者の間で移植を実施するためには、ドナーおよびレシピエント双方が一定の数としてまっぴら把握されていることが必要である。⁷⁾ここから、移植医療を実施するうえで、ネットワークシステムの整備が前提条件として要求されることになる。この整備により、臓器提供の申し出があった場合には、直ちに組織適合性の最も高いレシピエントを選定することが可能となるのである。もちろんこのネットワークシステムの中には、臓器提供の申し出を受け付けるコーディネーターや臓器を運ぶ輸送班も含まれる。移植医療を支えるこれらの条件は現在のわが国でどこまで整備されているのであろうか、そしてもしそれが十分に整備されていないとすれば、今後どのようにして整備を推進してゆかなければならないのであろうか。脳死臨調は、この問題点について見解を明らかにするという課題を抱えていたのである。

ネットワークシステムの整備は、救急医療との協力体制の中ではじめて可能となるものであり、また単一の病院内で可能となるものではなく地域的あるいは全国的な規模でなされなければならない。したがって、これは、単に医学的条件のみならず社会的条件としての性格も強く具備しているといえよう。そして、移植医療を支える諸条件の中で最も社会的性格の強い条件として、法制度の整備を挙げなければならない。わが国の現行法制度上移植に関する法律としては、角膜及び腎臓の移植に関する法律（略称「角膜腎臓法」）が存するのみである。同法律により死体（心臓死）からの角膜移植、腎臓移植に法律的な根拠と手続が与えられ、またいわゆるアイバンク、腎バンクが整えられることとなった。しかし、数少ないながら実際に行なわれているわが国の移植は、角膜腎臓法の規定範囲

を大幅に超えていることは、今さら改めて指摘することもないであろう。腎臓移植では、同法の子定しない親子間を中心に生体からの移植が行なわれているのみならず、親子間での生体部分肝臓移植という法律上全く根拠を有しない移植手術が移植医療のいわば主流ともいえるべく既に五〇例ほど実施されているのである。脳死移植を推進する側からは、脳死をもって人の個体死とするか、あるいは移植医療をいかなる形で推進するかは純粹に医学的な事項であり、法律の有無と無関係に医学サイドの判断のみに基づいてなしうるのではないかとの見解が打ち出されてきた。⁽⁹⁾ この見解は、わが国における移植医療の現状をいわばありのままに記述するものとなっているが、今後もし脳死移植を推進するのであれば、脳死をもって個体死とする意思や臓器提供の意思の確認方法の確立の必要なことはいうまでもないであろう。そして最も難しい法的問題として、検死制度との関係が挙げられる。現在法務省は、心臓死をもって人の個体死としているため、犯罪に関つた可能性が疑われる場合、心臓の停止を待つて検死が行なわれている。ところで、臓器提供の可能な状態での脳死は、いわゆる一次性脳障害によってもたらされることが多く、直接脳に障害が加わる病変であるために、交通事故などの事件・事故に多くの場合関つているのである。そうすると、脳死移植を推進するうえで、検死制度との関連で生じているこの問題を解決することが、必要不可欠の課題として上程されているといわなければならない。⁽¹⁰⁾

さて、本稿ではこれまで、わが国における脳死論議の経緯と背景を考察しつつ、脳死臨調が取り組むべきであった諸課題を明確化することに努めてきた。その諸課題は、以下の三つに集約することができるであろう。すなわち、(1)脳死・移植の社会的合意（の形成）、(2)医療に対する信頼の確保、(3)脳死・移植の医学的・社会的条件の整備である。以下に、これらの課題につき、脳死臨調最終答申がどのように答えているのか、そしてその答えにどのような

問題点が存しているのかにつき、検討を進めてゆくこととしたい。

二 脳死臨調最終答申の内容とその問題点

(1) 脳死・臓器移植に関する社会的合意について

最終答申はまず、人を「意識・感覚を備えた一つの生体システムあるいは有機的統合体としての個体」であると、この統合機能の不可逆的喪失をもって人の個体死であると把える。そして、この統合機能は、肺―心臓―脳（肺）という三つの臓器の循環により担われることから、この三つのうちのいずれか一つがその機能を不可逆的に停止した場合には統合機能そのものが失なわれるとの論拠に立ち、医学的に脳死を人の個体死と考えるとの結論を導出する。最終答申が、この医学的概念をもって社会的・法的にも人の死として扱ってもよいとする理由は、次の三つにまとめることができる。それは、①西欧諸国以外でも受容されていて、国際社会の認識とも一致していること、②世論調査の結果、賛成がかなりの数に達していること、③心臓死をもって人の死とする者に対して脳死段階での治療中止を強要はしないこと、の三つである。

本稿での先の考察から明らかなおり、脳死・移植をわが国で推進するうえで最も大きな障害となってきたのが、社会的合意の存否であった。最終答申は、世論調査をもってその存在の証明としたのであるが、これは適切な答えといえるであろうか。脳死臨調の活動の大きな特色は、全国で計六回の公聴会を開催したことである。その目的が脳死に関する社会的合意の形成に存したことはいうまでもない。そうすると、臨調が最も忠実に耳を傾けるべきは、

公聴会で国民から提起された様々な意見や疑問であったはずである。しかも、公聴会での発言では、脳死・移植に反対・慎重な意見の方が多かったと伝えられている。⁽¹¹⁾これらの疑問を一つ一つ解消してゆくことこそ臨調に課せられた役割りであったはずなのに、公聴会での意見とは全く別個独立の世論調査を社会的合意形成の論拠とするのであれば、公聴会の開催意義を自ら否定したことになるといわざるを得ない。最終答申全文を通して公聴会での議論に一言もコメントがなされていない点からも、臨調が最終答申をまとめ上げる過程において、公聴会がほとんど何の意味も有していなかったことがうかがえよう。

また、臨調の論拠とする世論調査の適切さにも疑問が存する。臨調が行ったとする世論によれば、平成二年九―一〇月に各界の有識者を対象とした調査では賛成六五・一％、平成三年に一般国民を対象とした調査では賛成四四・六％とされているが、これは決して高い数値といえることはできず、後者では賛成が過半数を割り込んでいる。社会的合意が形成されたというには、不十分な数値とはいえないであろうか。さらに、少数意見も救急現場での世論調査の結果から多数意見とは正反対の結論を導出しているのであるから、それに対するコメント、特に救急現場での世論調査より臨調の行ったそれの方が社会的合意形成の論拠としていかなる点で適切・優秀であるのかを論ずる必要があったといえよう。本稿としても、脳死・移植の推進にとって社会的合意の形成は必要不可欠であると考えているが、世論調査の数値はその参考資料とはなり得ても、決して決め手にはならないとの立場に立っている。それでは、社会的合意の存否は何によって確認されるのであろうか。社会的合意の欠如を理由に脳死・移植に反対する諸見解も、実はこの点については明確には論じていないのであり、これが脳死論議の混迷に一役買っている。⁽¹²⁾本稿では、次項(三)でこの点について明確に論じる予定である。

次に、最終答申が社会的合意が形成されたとする他の論拠についても、若干のコメントを試みておこう。まず、①国際社会の認識についてである。答申が「はじめに」で明言しているとおり、脳死・移植の問題は、「単に医学、法律といった分野だけでなく、宗教、哲学、社会、文化等、幅広い分野が関連している」のであり、これらは国により大いに異なる性格のものである。したがって、国際社会の認識もやはり、日本国内での社会的合意形成の決め手とはなりにくい。また前述の論拠③は、心臓死と脳死という二つの死の概念を併存させ、どちらをもって死とするかは患者の自己決定に委ねようとするものである。基本姿勢は妥当というべきであり、残された問題は患者本人の意思の確認方法である。これについては、後述(3)で検討を加えることとしたい。

(2) 医療に対する信頼の確保

本稿一で論じたとおり、わが国における脳死論議の混迷の最大の原因はここに存する。答申は、まず医療一般における信頼確保の方策として、インフォームド・コンセントの徹底と医師集団の良きプロフェッションナリズムの確立を挙げる。この見解に対しては、おそらく異論をさしはさむ者はいないであろう。ただ、医療不信をもたらしている原因についての答申の認識には、若干の検討の余地が存する。答申によれば、わが国における医療不信の背景には、和田心臓移植のみならず、医療の先端性が存する。すなわち、先端医療は直接に人間の生命・身体に関っているために、漠とした不安・不信を生み出し、医療システムの高度化や慢性病の治療が患者に不透明感を与え、これと患者側の権利意識の高まりとのギャップが、医療不信をもたらしているというのである。しかし、われわれは、先端医療をむしろ積極的に受け容れてはいないであろうか。その証左として、日本人の高度医療志向、大病院志向

が挙げられる。今次の社会保険診療報酬の改定、医療法改正の主眼が患者の大病院集中の是正に置かれていることから、これは否定の仕様がな¹⁴いであろう。患者の大病院志向が医療不信を生み出しているというよりは、医療不信が大病院志向を生み出していると考えべきである。開業医師は、今日のが国において最も所得の高い業種としてよく知られており、開業医のみならず日本の医療界全体にわたって患者に詳しい説明をするプラクティスが根付いていないこともあ¹⁵いまって、患者は、個人開業医師の行なう医療が医学的妥当性というよりは利潤動機に裏づけられているのではないかとの疑念を抱いている。このため、仮に十分な説明を受けることができないとしても、医学的妥当性に基¹⁶づいた医療を求めて大学病院・公立病院へと足を運ぶものと考えることができよう。また、答申が、日本の疾病構造の中心を占めている慢性病においては、治療と治療効果との関係が不鮮明になってきたことにより医療不信がもたらされているとしたことも、極めて独自性の高い見解といわなければならない。疾病構造における慢性病の中心化は、先進諸国に汎く共通の傾向であり、答申の見解に立脚する限り、先進諸国のいずれの国においても医療不信が生み出されていることになるであろう。はたして、そうであろうか。

わが国における脳死論議の混迷・停滞の大きなきっかけが和田心臓移植に存したことからも、医療不信の考察にあたっては、この移植手術が投げかけた問題に立ち返る必要が存する。和田移植が投げかけた最も大きな問題は、和田教授の執刀したこの移植手術の医学的妥当性・必要性もさることながら、それに対するチェック機構が全く存在しなかったことにあると考えるべきである。和田移植のみならず凡そ医療一般につき、その医学的妥当性・必要性に関して複数の意見が提起されることや、疑問が提起されることは、むしろ当然のことかもしれない。問題は、そのような意見・疑問が提起されたときに、チェックする体制が整っているか否かであろう。和田移植の際は、そ

れが整っていないかった。医学界は、疑問の解消に努めるどころか一方的に和田教授を擁護し、殺人容疑で刑事事件として捜査を開始した検察当局も、医学的専門性の壁にぶちあたり、嫌疑不充分を理由に立件を断念したのであった。⁽¹⁵⁾ 和田移植が和田教授の個人的専断の問題として片付けることができずに、今日に至るまでの大きな後遺症を残した最大の原因は、この点に存するといえよう。したがって、チェック体制の整備こそ、医療不信の最大の解決策となりうるのである。

このような問題意識は、明言はされていないものの、臨調自身充分に持ち合わせていたものと推測することができる。それは何よりも、答申が脳死判定および移植に関して審査体制の確立の必要性を提唱していることから看取することができる。それによると、まず一般論として、医療に関する社会問題が生じた場合には、医療関係者自らが問題解決へ向けて積極的なイニシアチブをとることが必要であるとする。⁽¹⁶⁾ そして具体的に移植医療についていようと、各大学医学部で設置している倫理委員会とは別個独立に審査委員会を設け、問題解決と社会への公表にあたるべきであるとする。本稿のこれまでの論脈の中で考えるとき、医療不信を解消しうるか否かの最大の分岐点はここに存するといえよう。今日の日本の医療体制では、患者として自らの受けた医療内容について、また国民として医療のあり方について疑問を抱いたとしても、われわれはそれを解決する手段を持ち合わせていないのである。和田心臓移植の後遺症の大きさに鑑みると、日本における医療不信は、例えば移植や人工受精という個々の医療内容よりも、むしろこの点に由来するところが大きいと考えることができる。もし、医学・医療界内部での相互批判や自浄作用が整うことにより、患者のあるいは国民の疑問が解消される体制が確立すれば、医療に対する国民の信頼は大きく回復されることになるであろう。その意味では、審査体制の確立が必要であったとした最終答申は、極め

て重要な指摘をしたということができよう。しかもこの趣旨の論述は、日本医師会生倫懇の最終報告にはみられなかったものである。⁽¹⁷⁾この点を指摘したことに関しては、最終答申は高く評価されるべきである。

もつとも、最終答申がこのような指摘を行ったことと、実際に審査体制が整えられるか否かとは、自ら別次元の問題である。日本の医学・医療関係者が相互批判をし合い、審査機関を何らかの形で設けることができるのであろうか、医療に対する信頼回復の主役は、脳死臨調から医学・医療の現場担当者に交代したといえるであらう。

(3) 脳死・移植の医学的・社会的条件の整備

答申は、脳死・移植を推進するための医学的・社会的条件として、①確実な脳死判定、②臓器移植ネットワークの整備、③移植施設の特定と登録、④ドナーカードの普及、そして⑤関連した法制度の整備の五つを挙げる。これらの点につき、若干のコメントを試みることにしよう。

まず、①確実な脳死判定についてである。答申は、一般国民感情の中に、臓器摘出を急ぐ余り、脳死判定に誤りが生じやすくなるのではないかとの危惧が存在しているとし、これを解消するために、脳幹聴性誘発電位の測定や脳血流の測定を脳死判定項目に加えることも「検討されるべきである」とする。しかし、この「検討されるべき」の意味内容が判然としない。答申は、この箇所とは別に「脳死とその判定の方法」との項目の箇所では、竹内基準をもって医学的に十分な脳死判定基準であるとしつつも、社会の安心感を強めるためには、判定の結果をよりよく目に見えるようにするための補助検査も判定に取り入れることが「有意義」であると述べている。脳幹聴性誘発電位と脳血流の測定がこの補助検査に該当することは、つとに知られているといえよう。⁽¹⁸⁾そして、脳死判定の持つ社

会的性格についてこれだけの認識に立っているなら、右の二つの判定を必須の項目として竹内基準を修正するべきであったのではないであろうか。「検討されるべき」、「有意義である」という表現を用いた答申は、これら二項目は、脳死に関する不安を解消するためには有効であるとしつつも、その導入は個々の医療施設の判断に任せるとの考えに立っているのであろう。しかし、本稿で先に検討したとおり、日本で脳死・移植を推進してゆくうえで医療に対する不安・不信を解消する必要性は極めて大きく、そのためには上述の二つの補助検査は必須項目化されるべきである。

また、脳死判定に恣意が入り込む最も大きな契機を成すのが、脳死の判定と臓器提供の意思確認および依頼とが同一の医師によってなされることであろう。逆にいうと、恣意的な脳死判定を避けるためには、脳死判定医以外の医療従事者によって臓器提供の意思の確認および依頼がなされる必要が存するのである。この業務を担当するのが、いわゆるコーディネイターであることは周知のとおりといえよう。ここから、脳死判定の確実性を確保するうえで、コーディネーターの養成・配置が要求されざるを得ない。さらに、脳死の判定と移植手術とは別々の医療施設であることも、脳死判定の恣意性を除去するうえで重要といわなければならない。そのためにも、ネットワークシステムの整備が必要とされるのである。そこで次に、ネットワークシステムについて検討を進めてゆくことにしよう。

本稿で先に分類した、②臓器移植ネットワークの整備、③移植施設の特定制と登録、④ドナーカードの普及の三つは、広い意味でネットワークシステムの整備の問題として扱うことができる。ネットワークシステムのモデルとしてしばしば引き合いに出されるのが、米国のUNOSである。これは、移植可能なあらゆる臓器にわたり、レシピエントに関して組織適合性をはじめとする詳細な情報が、全米規模でデータベース化されたものである。¹⁹⁾したがっ

て、いまある臓器に関しドナーが出現した場合、UNOSに紹介すれば、最も成功率の高いレシピエント候補が直ちに打ち出されてくることになる。このようなネットワークシステムが機能するためには、UNOSがそうであるように、相当数のレシピエント候補者が詳しい情報とともにリストアップ化されていることはもとより、当該レシピエントに移植手術を実施する医療施設もデータベース化されていることが必要であることはいうまでもない。そして何よりも、やはり相当数のドナーが出現しないことには、システムが機能し得ない。その意味で、②、③、④を同一の問題群として扱うことができるのである。

ところで、このようなネットワークシステムはわが国において成立しているのであろうか。唯一全国規模でネットワークが整えられているのは、腎バンクである。これは、千葉県佐倉市に存する国立佐倉病院を全国センターとし、各地域ブロック毎に地域センターが設けられるというシステムである。⁽²⁰⁾しかし、この腎バンクは実質的には移植ネットワークとしての役割りをほとんど果たしていない。ドナーとして登録されている数が大幅に少ないばかりではなく、⁽²¹⁾地域ブロック毎のセンターの物的・人的設備が極めて貧弱であり、多くの場合コーディネーターが専門職として配置されておらず、救急医らが兼任しているのである。移植ネットワークとしてのこの未整備さは、腎臓移植手術の内訳をみると、一目瞭然となる。すなわち、わが国で実施されている腎臓移植手術の八割までもが、親子間を中心とした生体腎臓移植なのである。⁽²²⁾

唯一全国ネットワークが存在する臓器においてこのような現状下であり、他の移植可能な臓器はさらにこれを大きく下回る状況下に存するのである。心臓や肝臓については、数年前より移植手術の実施を目指す医療施設が中心となり地域毎に移植ネットワークが形成されつつある。これの整備が移植医療の必要不可欠の前提条件を成すだけ

に、今後の動向が注目されるが、現段階では、大学系列からの中立性やレシピエント選定の医学的・社会的公平性、ドナー確保の見通しがなお明らかとされていない。本稿で先に検討したとおり、ネットワークシステムの中でもコーディネイターの養成・配置は脳死判定の確実性・公正性にも大きく影響するため、これの整備は、脳死・移植の社会的合意の形成をも少なからず促すのである。このように考えてくると、ネットワークシステムに関するわが国の現状は、移植医療を推進するにはあまりに不十分といわなければならない。ネットワークシステムの持つ重要性に鑑みると、答申がその整備の必要性を指摘したことは評価すべきであるが、それに関する日本の現状やその原因、克服課題について何も論じていないことには、物足りなさを感ぜざるを得ない。

さて、脳死・移植の医学的・社会的条件の整備に関する最後の問題点として、⑤法制度の整備について若干のコメントを試みることにしよう。答申は、「臓器移植は、法律がなければ実施できない性質のものではない」としながらも、「包括的な臓器移植法（仮称）を制定することにより、臓器移植関係の法制の整備を図ることが望ましい」とする。確かに、心臓死を唯一の死の概念とすることを明文化した法律や、臓器移植を禁ずる法律は存しない。また、脳死判定と臓器移植が刑事事件として告発された事例も存するが、殺人罪等で立件されたものはひとつも無い。ここから、脳死移植を実施したとしても、それ自体可罰的違法性を帯びるとはいえないこととなる。しかし、これのみを根拠として、今後脳死移植を推進してゆくうえでも法制度は現行のまままでよいとするのは妥当ではない。

現行法が死の概念について明確な規定を整えていないのは、いわば死の三徴候説を自明の前提とし、二つの死の概念が併存し個人はそのいずれかを選択しようという事態を全く想定していなかったからであると考えられることができる。これに対し答申は、脳死と心臓死のいずれをもって自己の死とするかは、本人の選択に委ねるのであ

るから、本人の意思の確認方法が制度として確立していなければならないはずである。さらに問題となるのが、検死制度との関わりであろう。現行の刑事実務上、犯罪に巻き込まれたことが疑われる死者については司法捜査官が検死を行ない、必要と判断した場合には司法解剖を行なうことになっている。そして、この検死は現在のところ心臓死を迎えた後に実施されることとなっているため、事故や犯罪の被害者については、脳死段階での臓器摘出は事実上不可能なのである。他方で、本稿で先にみたとおり、移植医療が成立するためには相当数のドナーを確保する必要があり、臓器提供可能な脳死者は事故により発生し易いため、検死制度を現行のままにしておく限り、移植医療の定着は極めて困難であろう。逆にいうと、移植医療を推進させるためには、脳死段階での検死が可能な場合を認めざるを得ない。いずれにせよ、これは立法措置が講ぜられるべき事項である。臓器移植に関する唯一の法律である角膜腎臓法では、第四条で条文をもって変死体からの摘出を禁止していることが参照されるべきである。

右に述べたとおり、わが国の現行法制度上、移植に関しては、角膜腎臓法一つが存するのみである。同法および他の法律で角膜・腎臓以外の臓器移植が禁止されているわけではないが、移植医療を推進するためには、他の臓器に関しても立法化されることが望ましい。とりわけ、本人の臓器提供の意思の確認方法や遺族の意思の取り扱い方（「遺族」の範囲も含めて）は、やはり立法措置をもって明文化されるべき事項である。というのも、法律として明文化されずに医療現場の裁量にのみ委ねられた場合、臓器が摘出される患者の人権が損なわれる場合も想定されるからである。さらに、移植医療の先進国である米国、英国、フランスにおいていずれも統一的な移植法が制定されていることも念頭に置く必要がある⁽²³⁾。

このようにみえてくると、患者の人権を保護し、司法実務や医療現場での混乱を回避するためには法制度の整備は

必要不可欠なのである。答申は、法制度上問題となりうるいくつかの点を列挙しているが、これではなぜ列挙された問題が法制度的事項として扱われなければならないのかが明確には伝ってこない。そして、「法制度の整備を図ることが望ましい」という表現にとどめている点は、消極的に過ぎるというべきであろう。

本稿では、これまで二として、脳死臨調最終答申の内容を、わが国の医療の現状に照らし合わせながら批判的に検討してきた。その検討を通して、最終答申の抱えた問題点は、とりもなおさずわが国の医療の抱えた問題にはならないことが、しだいに明らかになってきたといえよう。すなわち、日本において脳死を人の個体死として認め移植医療を推進してゆくためには、なお多くの課題が残されているのである。それでは、今後わが国では、脳死・臓器移植問題はどのような推移をたどるのであるか。項を改めて、若干の考察を試みたい。

三 脳死・臓器移植の展望

本稿二では、脳死臨調最終答申の内容についていくつかの難点を指摘してきた。これら多岐にわたる難点を根本において支えているものは、脳死臨調の基本方針と日本の医療の現状とのギャップであるということができるかもしれない。すなわち、脳死臨調としては、脳死を人の個体死として認めて臓器移植を推進しようとしているにもかかわらず、日本の今日の医療界あるいは社会一般にはそれを可能とする条件がなお整わず、両者のギャップを無理に埋め合わせようとしたところに、最終答申が内容上矛盾をきたした原因が存するとみることができるのである。社会的合意に関する記述は、その好例といえるであろう。本稿一でみたとおり、日本弁護士連合会のように脳死を人の個体死として認めることに反対する有力団体が社会には存在し、臨調主催の公聴会においても反対・慎重論が

多く述べられた。このような状況下で脳死を個体死として認める社会的合意が成立していると論じようとするのであれば、世論調査という別の所にその根拠を求め、これらの批判的見解について無視するよりほかはなかったであろう。法制度の整備の問題についても、同様のことがいえる。本稿二でみたとおり、脳死・臓器移植についてわが国の現行法には解決すべき問題点が多い。しかし、やはり統一的な立法措置がとられる見込みは、現段階ではあまり高くはない。そうすると、脳死臨調としては、立法措置の必要性は示唆しつつも、現行法上でも脳死移植は十分なしうると結論づけざるを得なかったのである。

それでは、脳死臨調の見解を別として、わが国の医療界およびそれを取り巻く社会において、脳死・臓器移植を成立させるだけの諸条件は整うのであろうか。今後のわが国での展望について考察してゆくことにしよう。本稿一でみたとおり、脳死論議をめぐってわが国で最大の論点となっているのが、いわゆる社会的合意の問題である。まず、この問題点について検討を加えよう。

社会的合意の未成立を論拠として脳死・臓器移植に強固に反対している団体として、前述のとおり日弁連が存する。社会的合意蜃気楼説⁽²⁴⁾に対して、日弁連は次のように応えている。すなわち、社会的合意の成立は「立法あるいは新たな社会的合意」により明確に認識することができるとし、「新たな社会的合意」の具体的内容として「慣習、社会通念、条理」を挙げているのである。⁽²⁵⁾立法は国会においてなされるものである以上、国民の総意の現れというよりほかはなく、社会的合意の形成方法としては最善といふべきである。これに対して、日弁連が「新たな社会的合意」として挙げているものは、その成立の識別が困難であり、社会通念と条理に関しては、学説上それ自体としては法源性は認められていない。⁽²⁶⁾立法措置がとられなくても、脳死移植が数多く行なわれ医療現場において一つの

治療方法として定着し、本稿で前述したとおり告発にもかかわらず司法実務もこれを立件しないプラクティスが集積されれば、確かに慣習法として脳死・臓器移植が認められたといえることになる。しかし、そのようにいえるためには少なくとも一〇年、移植医療の発展度合いによっては数十年という極めて長い歳月を要することとなってしまう。また、法制度が未整備な状況下で移植手術が現場の判断のみに基づいて行なわれた場合、患者の人權との関わりにおいて問題が生ずるおそれもあり、慣習として定着するのを待つという方法は最善とはいえないのである。やはり、立法措置のとられることが、最も望ましいといえよう。

ところで、「社会的合意」とは、一体何について合意が成立することを意味するのであろうか。一見あまりにも自明のようではあるが、ここでもう一度問い直しておくに値する問題である。

「脳死を人の個体死として受容する」と表現した場合に、これを二様の意味に解釈することができる。第一の意味は、日本社会内において一律に心臓死をもって個体死とする必要はなく、脳死に至った時点をもって治療の打ち切りたい者については、その決定・選択を認めてもよいとするもので、いわば第三者の決定・選択の自由を認める内容のものである。第二の意味は、自らの死の選択として、脳死をもって個体死として扱われることを要求するものである。これに対応して、「社会的合意」の概念にも二様に考えることができる。それは、形式的概念と実質的概念である。社会的合意の形式的概念とは、脳死をもって個体死とする意思を有する者に対してはその選択を認めてもよいとする内容の社会的決定をすることである。その社会的決定の最も典型的・代表的な形態は、立法であろう。すなわち、脳死に関して社会的合意が形成されているならば、それについての立法という社会的決定の形式が整うはずなのである。

ここで留意されるべきは、脳死を個体死として認める立場に立つ諸見解は、いずれも脳死と判定されたあらゆる患者の治療を打ち切るべきであると主張しているわけではないということである。ただ、脳死と心臓死のいずれをもつて個体の死とするかの選択の自由を認めようと主張しているのである。ここから、少なくともわが国で今後脳死（および臓器移植）について立法措置をとるとしても、その内容は、脳死と心臓死との選択権を本人に認めるというものであろう。したがって、このような内容の立法措置が講ぜられたとしても、実際に脳死段階での治療の打ち切りを選択する患者が続出する保障はどこにも存しないのである。本稿一でみたとおり、今日のわが国における脳死論議は、移植医療の前提問題として再開されたのであった。この脈絡の中で考えるとき、脳死・移植を推進しようとする立場であるにせよ、慎重な立場であるにせよ、議論の対象としている「社会的合意」とは、右のような形式的概念にはとどまらないであろう。その想定する「社会的合意」とは、脳死段階で治療の打ち切りを選択する患者が増え、臓器の提供者が続出するという事実をもつて成立したことが確認されるものでなければならない。これは、「社会的合意」に関する実質的概念であると表現することができる。

この形式・実質の両概念が共に備ってこそ、「脳死に関する社会的合意」が成立したというべきである。右にも述べたとおり、形式的な立法措置のみが講ぜられたとしても、実際に脳死段階で治療の打ち切りを希望する患者が続出するとは限らない。他方、そうすると社会的合意の成立の成否を握っているのは実質的概念であり、これが整えば形式的な立法措置は必要性に乏しいのではないかとの見解が提起される余地も存するが、本稿としては、次のような論拠からこの見解には賛同し得ない。脳死段階で治療を打ち切るか否かの選択は、現行法体系上最も保護法益性が高い生命に関わる選択であるだけに、本人の意思の確認方法が確立されている必要が存する。安易に家族から

の申し出等により本人の意思を推測することは、家族と本人との間で死の選択が常に一致する保障が無い以上、患者本人の人權が侵害される可能性もはらむこととなる。しかも、今わが国で議論されている脳死は臓器移植の前提条件として問題とされているだけに、脳死の判定および臓器の摘出についてのルールを明確化せずに医療現場の判断にのみ委ねたのでは、臓器移植の必要性から逆算された脳死判定がなされる危険性も存するのである。生命・身体よりは保護法益性の優先順位の下がる死後の財産の処分についてさえ、民法において遺言として厳格な諸規定が設けられていることを想起するとき、生命・身体に関する決定方法もやはり、厳格に立法化されている必要があるといえよう。以上から、形式的概念と実質的概念との両方が備った時点をもって、脳死に関する社会的合意が成立するといふべきなのである。

それでは、今日のわが国においてこの両概念から成る社会的合意は成立しているといえるのであろうか。まず形式的概念についていうと、立法措置が講ぜられていないことはいうまでもない。超党派の国会議員で組織する生命倫理研究議員連盟が第一二三通常国会において臓器移植法案（仮称）の提出を見送った現在、立法化される見通しは未だに成立していない。他方、形式的な立法化がなされるか否かとは無関係に、医療の現場では脳死段階で治療の打ち切りを申し出る患者が続出しているであらうか。確実な数的根拠を挙げることは問題の性格上不可能に近いが、現在のところでは肯定することは困難であらう。もし続出しているとすれば、そのうちの一定の数が臓器提供を申し出てもおかしくないはずであるが、わが国の移植医が脳死移植のゴーサインとして待ち望んでいた脳死臨調最終答申が発表されてから今日に至るまでの間に、提供者が現われ、脳死移植を具体的実施しようとした実例はなお報告されていない。そうすると、形式・実質の両概念において、わが国においては脳死を人の個体死として

受容する社会的合意が成立していないと結論づけざるを得ないのである。

おそらく、脳死段階で治療の打ち切りを希望し臓器提供を申し出るドナーは、今後も急激に増加するとは予想しにくい。本稿で先にも述べたが、現在わが国では、腎バンクおよびアイバンクが唯一の臓器移植ネットワークとして設置され、提供者の登録を募っている。このうち、脳死状態からの摘出を必要としない角膜の提供登録者数は、昭和五八年の七九六四九人をピークとしてその後減少する傾向にあり、平成元年には五二八〇二人にまで落ち込んでいる。平成二年には六六八五四人とやや増加はしたものの、今後増加の一途をたどる気配はあまり感じられない。脳死からの摘出を必要不可欠とする心臓や肝臓に至っては、ネットワークシステムが設けられたとしても、なお一層厳しい数値になることが予想されよう。

そして、これは、移植医療がわが国において社会的医療として定着しうるのか、という問題を提起することとなるのである。本稿二でみたとおり、移植医療が成立するためには、ネットワークシステムの確立が必要不可欠の前提条件となる。このネットワークシステムは、レシピエントの情報など臓器移植を実施するために必要な情報のデータベースや検索システム、その入力や検索業務を遂行する事務局体制が整備され各医療施設にコーディネーターが配置されるばかりではなく、何といてもドナーが継続的に出現し、臓器が一定数安定的に供給されてはじめて確立したといえるのである。ドナーが出現しないことには、どんなに精度の高い情報検索システムもその存在が無意味であり、コーディネーターも開店休業状態に置かれてしまうであろう。わが国の現状では、このいずれもが全く未整備である。しかも、整備に向けた具体的な行動がとられていないとみることができない。ネットワークシステムは、要請される規模からいっても単一の医療施設で構築しうるものではなく、厚生省と学会とが協力しなければ

ば整備されることはないであろう。また、コーディネイターが移植医療において不可欠の役割りを担うことは本稿のこれまでの考察から明らかである。そうであるなら、臨床工学士や救急救命士が国家資格として新たに設けられたのと同様に、コーディネイターもまた国家資格として設けることも、社会的に認知を受けると同時に質の高さを確保する手段として、最も有効であるといえよう。そして、献血の呼びかけにおいては、各種パンフレットを作成し大量に配布したりテレビコマーシャルをも用いているのと同様に、ドナーを確保するためにもこれらの手段を用いるべきである。もし本当にわが国においてネットワークシステムを整備し移植医療を定着させるためには、これらの方法に訴えることなくしては不可能であろう。このように、ネットワークシステムが未整備な現状では、脳死移植はドナー、レシピエントの双方を同一ないし系列の医療施設内から見い出さざるを得なくなるが、このように母集団が小規模になると当然のことながら高い組織適合性が得にくく、手術の成功の条件もそれだけ厳しくなるに違いない。そして何よりも、ネットワークシステムが整備されない限り、脳死移植は極めて例外的にしかな実施され得ず、同じ病いを持った者すべてが等しく受けられる社会的医療として成立することは完全に不可能なのである。⁽²⁸⁾

さて、それでは、わが国では脳死・臓器移植問題を今後どのように扱い、いかに解決してゆけばよいのであろうか。本稿のこれまでの考察からいえることは、この問題は政策判断として解決が図られなければならないということである。右に述べたとおり、脳死を人の個体死として認め臓器移植を推進してゆくためには、脳死に関する本人の意思の確認方法やネットワークシステムの整備、コーディネイターの養成や臓器提供の呼びかけなどが必要であり、このいずれもが立法措置も含めて医療・社会政策として展開しなければならぬものばかりである。したがって、実施の中核を担うべき厚生省においては、予算の獲得から始め、人員の配置や具体的な実施プログラムを

策定しなければならぬであろう。また、審査体制の確立など関係各学会が取り組むべき課題も多く、諸学会の取り組みを促進するためには、補助金や科学研究助成費などにおいて優遇することも必要であろう。そして何よりも、立法措置を講じたり国家予算の一部を充てるためには国民世論による支持が必要である。脳死を個体死として認め移植医療を推進する医療・社会政策の妥当性・有効性を国民に納得させなければならぬのである。

おそらく、このような内容の政策判断を下し実施に移すことは、決して容易なことではない。というのも、そうするためには、脳死を人の個体死として認め移植医療を推進することが、わが国の医療・社会政策上で他の政策にもまして高い優先順位が与えられなければならないが、これは決して、自明の理ではないからである。今日のわが国の医療においては、他にも取り組むべき課題が数多く存している。例えば、移植医療と同様に、あるいはそれ以上にわが国が欧米先進諸国より遅れている医療として、救急医療を挙げることができる。とりわけDOA(Dead on Arrival 心肺機能停止状態)で搬入された患者の蘇生率では、日本はアメリカの四分の一といわれており、救急隊員により心肺蘇生処置が施された傷病者のうち、社会復帰した者の割合は、欧米諸国と比べて極めて低いことも指摘されている。³⁰⁾この状況を改善するために、本稿でも先に紹介した救急救命士という資格制度が導入されるなどの諸施策がとられつつある。しかし、DOAで搬入される患者の蘇生率が向上するということは、それだけ脳死に至る患者数が減少するということなのである。また、エイズの予防・治療に取り組むことは、日本の抱える医療・社会政策上の最大の急務といえよう。ところで、臓器移植はエイズウィルスの有力な感染源となりうる。したがってエイズから安全な臓器移植を実施するためには、エイズウィルスに関する血液検査を受けた患者のみをドナーとするべきであろうが、そうするとドナーの数は極めて低く押さえられてしまうであろう。このように、脳死・移植の

推進以外にも取り組むべき医療政策は多く、しばしば両者は対立・競合関係に立つのであるが、これらは、政策判断における重要な判断ファクターとして挙げておかなければならない。さらに、日本がこれまで移植医療を実施しなかつたことによるプラス面もファクターとしなければ、公正さを欠くとのそしりを免れ得ない。そのプラス面とは、透析医療が全国的に普及し、しかも保険医療の対象となったことにより、腎不全の患者誰もが等しく透析を受けられるようになったことであり、先天性胆道閉鎖症の患児に対する葛西式手術が開発されたことである。⁽³¹⁾ また、一九九二年三月には、心臓移植が唯一の根治治療といわれている左心低形成症候群の患児に対し、国立循環器病センターがノルウッド手術とフォンタン手術を成功させた。極めて偶然的な成功例であると伝えられているが、今後循環器外科学界の総力を結集すれば、より多くの患者に対して実施されるべく改良がなされる可能性は充分存しう。

これまでの本稿の考察から、脳死・移植を推進するための政策判断における判断ファクターが明らかになったといえよう。これらのファクターについては何もコメントせずに、移植を受ければ助かる可能性の高い多くの患者が失意のうちに死を迎えていることの非倫理性にのみ、もっぱら移植医療推進の論拠を求めるとは、科学者として却って不誠実でさえありうる。⁽³²⁾ そのような論理に依拠している限りは、脳死移植は、わが国において数多く実施されるには遂に至らないであろう。本稿としては、それが日本の医療の不健全さを示すものであるとは決して思われない。

四 おわりに

本稿では、まずわが国における脳死論議をレビューし、脳死臨調が解決を試みるべきであった課題を明らかにした。次に、その課題に照らしつつ脳死臨調最終答申の内容に検討を加え、問題点と評価すべき点とを浮彫にした。そして、それらの問題点を解決するための諸施策を提示することも試みた。本稿のこれらの考察の結論としていえることは、わが国において脳死・臓器移植を推進するか否かは、医療・社会政策という政策判断の結果として決定されるということである。かねてより、脳死・臓器移植を推進するか否かは個々人の自己決定の問題であり、個人的見解として反対・慎重を抱くことは思想・良心の自由あるいは自己決定の一環として当然認められるとしても、他者の自己決定を批判することまでは認められないとの見解が主張されてきた³³。このように自己決定権のみの問題として一元的に把握することが決して適切でないことは、本稿の考察から明らかであるといえよう。

脳死臨調の活動は、活動期間が二年と短かく、その存在が国民との距離の必ずしも短い所にはなかったが、医療・生命倫理に関する問題に日本では初めて社会全体で取り組んだ経験として残すべきであろう。今後この分野で社会全体で取り組むべき課題は、山積しているといってもよい。エイズや、薬づけ医療による薬害、MRS A³⁴の出現への対処、老人医療の問題は、誰しもが早急に取り組むべきであると考えているであろう。これらの問題も、医療・社会政策、あるいは福祉政策として展開する必要のあるものばかりである。今後これらの問題に適切に取り組んでゆくためにも、脳死臨調の最終答申あるいは活動状況を批判的に検証してゆく作業は何らかの意義を有するに違いない。もちろん、脳死・臓器移植問題もまだまだ解決されたとはいえないであろう。本稿での問題意識を堅持しつ

つ、今後もこれらの問題の動向を注目してゆきたい。

註

(1) 世界の心および肺移植件数については、『続々…脳死と心臓死の間で』（メヂカルフレンド社、一九八六）二二頁。それによると、八〇年から八四年まではほぼ倍増のペースで増え続けている。また、米国の心臓その他の臓器移植の件数については、日本移植学会社会問題検討特別委員会編『臓器移植へのアプローチ』（メディカ出版、一九八九）一四頁。その中でも、心臓と肝臓の移植件数の増加が著しい。

(2) 厚生省 厚生科学研究費 特別研究事業、脳死に関する研究班昭和六〇年研究報告書「脳死の判定指針および判定基準」。同基準は、研究班座長の竹内一夫杏林大学教授の名を取って、もっぱら「竹内基準」と呼ばれている。

(3) そのように受け取る例としては、澤田祐介他「臓器提供と意思決定」『医療'86』二月号二〇頁

(4) 辛口覆面時評「心移植再開、トップランナーの条件」『医療'88』一九八八年三月号七六頁。

(5) 日本医師会生命倫理懇談会「脳死および臓器移植についての最終報告」に対する意見書 昭和六三年七月日本弁護士連合会

(6) 未満達憲「脳死及び臓器移植の概要」厚生一九九〇年六月号四頁以下は、この問題が医療資源の配分や、倫理、法律など多方面にわたる検討課題を抱えていることを、米国籍器移植タスクフォース報告書を紹介しつつ論じている（七頁）。本稿も全く同様の見解に立つものであるが、脳死臨調最終報告がこれらの問題点について問題の所在を確認するにとどまっているところからも、脳死臨調自身、社会的合意の形成にその活動の最大の目的を置いていたのであろう。

(7) 寺岡慧、太田和夫「臓器移植のシステム化。関連諸制度の整備拡充、予算措置の実現を」厚生一九九〇年六月号、また、日本移植学会社会問題検討特別委員会編『臓器移植へのアプローチIII』PART1「移植システムとレシピエントの優先順位」は、優先順位の決定方法を医学論として展開するが、腎臓移植に関して、「数さえ多くなれば、そういう点での不公平さも比較的平均化され、もっと公平に腎の分配が行われるようになり、組織適合性も重視されながらやってゆけるようになる」という気がします。やはり圧倒的に腎の数が少ないのが一つの大きな妨げになっている」（二八―九頁）と指摘する。

(8) 雨宮浩「臓器移植の現況」『臓器移植へのアプローチ』一五頁の、日本移植学会集計の日本の腎移植の現況によると、日本では

生体腎移植が八〇%を占めており、そのほとんどが親から子への移植である。

(9) もっとも、ここ数年間は、特に生体肝移植については、倫理委員会の承認を得て行なわれた例が多い。しかし、倫理委員会の議論内容はほとんど公表されず、倫理委員会の審議の結果、承認されなかった例は未だ報告されていない。倫理委員会が現場の移植医に対するチェック機構として機能し得ているのかにつき、疑問を抱いたとしても不自然ではないであろう。

(10) 角膜および腎臓の移植に関する法律第四条では、変死体または変死の疑いのある死体からの摘出を禁止している。他の移植可能な臓器もこの条規に従った運用がなされると、ドナーの出現可能性の高い事件・事故死体からの摘出がほとんど不可能となってしまうであろう。『臓器移植へのアプローチⅢ』七八―九頁。

(11) 筆者は、一九九一年四月一二日に開催された、北海道・東北地区の公聴会において意見発表する機会を与えられた。同地区の公聴会では、筆者を含め八名が意見発表した。その内で移植推進の意見を述べたのは、わずかに一名であった。

(12) 脳死・臓器移植推進派の有力な論客である加藤一郎氏は、一貫して社会的合意論を展開している。それによると、「社会的合意論は、なんらかの具体的な内容をもつものではなく」、「まだ社会的合意は得られていないから時機尚早だ」といういちおうの拒否ないしは引き延ばしのための議論としてしか機能しえない、すなわち、「社会的合意論は、その実体のないままに、引き延ばしのための論理として広く機能してきたのである。」「脳死の社会的承認について」『生命と倫理について考える 生命と倫理に関する懇談報告』厚生省健康政策局医事課編（医学書院、一九八五）二二五頁。加藤氏のこの見解に対し、中山研一氏は、「社会的合意は決して唇気楼ではなく、その実体を追求してゆく努力の中からそのたしかかな内容を探り当てるのが期待されるのである。」（『脳死の社会的合意とは何か』『自由と正義』一九九一年六月号一七頁）と論ずるが、やはり社会的合意の成立が何によって同定されるのかについて論じていない。この問題については、本稿本文三で明確に論ずるつもりである。

(13) Rihito Kimura "Japan's Dilemma with the Definition of Death" *Kennedy Institute of Ethics Journal* vol.11 no.2:1991 P.123 は、日本の医療界への広汎な不信 (widespread public distrust of the medical profession) は和心臓移植に由来するとし、これが脳死論議の混乱の一大要因となっていることを指摘している。

(14) まず、医療法の一部を改正する法律案要綱によると、改正の目的は、「…医療提供施設をその機能に応じて体系化すること」に

存する（『医療'92』四月号二二頁）。次に、今次社会保険診療報酬改定の目的の一つは、「…病院・診療所の評価の明確化等を通じ、医療機関の機能・特質に応じた評価を行う」ことに存する（『医療'92』五月号四二頁）。

(15) 和田心臓移植に関しては、脳死移植を推進しようとする論者も、批判的見解を述べている。塩見戎三『脳死臓器移植はいま』（教育社、一九八九）は、和田移植に検証を加え、医療サイドの恣意的判断の防止の必要性を強調する（一八五頁）。また、太田和夫『臓器移植はなぜ必要か』（講談社、一九九〇）は、「…いろいろと総合していくと、山中君についても宮崎君についても、疑惑を指摘する声のほうに分があると判断せざるを得ない。あつてはならないこと、それが現実におこなわれてしまったようだ。」（二七六頁）と論じている。

(16) やや上げ足取りのようではあるが、最終答申でこの必要性を論じた箇所の主語が不明確である。ここは、人々の医療をめぐる不安感・不信感を解消するための医療関係者の責務を論じた箇所であることから、「問題解決へ向けた積極的なイニシアティブをとる」主体は医療関係者において他には、文脈上あり得ない。しかし、これを論じた段落においては、文法上主語が完全に欠落している。

(17) 生倫懇の最終報告では、「医師への信頼の回復」という小項目が設けられ、「脳死に対する反対の中には、医師への不信によるものが決して少なくない。これに対しては、医師への信頼を取り戻す努力が必要である。」（二二頁）と述べるのみで、信頼を取り戻すための具体策については何も指摘していない。

(18) 魚住徹「脳死問題に関する私の考え方」『自由と正義』一九九一年六月号二五頁は、脳血流検査と聴性脳幹反応の意義につき、全脳機能の停止の不可逆性を確固たるものにするともに、データとして残るために医療者と患者の家族との相互の意思疎通と人間関係の改善と維持に好影響を与えることに存するとしている。

(19) アメリカの臓器移植ネットワーク UNOS (United Network for Organ Sharing) については、宮本裕治「臓器移植を支える米国のシステム」『医療'91』八月号五三頁が、わかりやすくその全体像を紹介している。

(20) 日本の腎バンクと移植システムについては、『臓器移植へのアプローチⅢ』PARTⅢ「腎バンクと移植システム」がその仕組みや運営方法、問題点を概説的に論じている。特に、同書一四五頁の解説図が、腎バンクの全体像をわかりやすく伝えている。

- (21) 後注(27) 参照。
- (22) 太田和夫「臓器移植はなぜ必要か」一四七頁によると、一九八七年の日本の腎移植総数は五七二、そのうち生体腎移植が約八〇%、両親からの提供が全体の六〇%を占めている。
- (23) 『生命と倫理について考える 生命と倫理に関する懇談報告』厚生省健康政策局医事課編(医学書院、一九八五年)二七二頁参照。また、検死と臓器移植に関する比較法的考察として、勝島、勝又「検死と臓器移植のかねあい」ジュリスト一〇〇四(一九九二年七月)。
- (24) 前注(12) 参照。
- (25) 日本医師会生命倫理懇談会「脳死および臓器移植についての最終報告」に対する意見書 昭和六三年七月日本弁護士連合会「7 社会的合意について」
- (26) 条理の法源性については、五十嵐清 『法学入門』(一粒社、一九八五)八八頁。
- (27) 『医療'91』一〇月号、八六頁。「衛生統計ファイル 腎移植・角膜移植の現状」
- (28) 移植医の中からも同様の発言が相次いでいる。その例として、寺岡慧、太田和夫「臓器移植のシステム化。関連諸制度の整備 拡充、予算措置の実現を」(厚生一九九一年六月号)。鬼頭義次「年間六〇〇の適応、実施のための環境整備を」、野口照義「施設選定基準とネットワークの確立が急務」いずれも『医療'92』三月号
- (29) 『二一世紀の我が国の救急医療 救急救命士制度と救急医療体制』厚生省健康政策局指導課編 (第一法規、一九九一)一七四頁。
- (30) 同右六六頁。救急業務研究会基本報告「救命率向上のための方策について」
- (31) 連他「胆道閉鎖症における葛西手術術後の経過と肝移植の適応」(『日本小児外科学会雑誌』第二二卷三号、一九八六年五月)によれば、「胆道閉鎖症(BA)に対する肝門腸管吻合術が葛西により報告されて以来二五年が経過した。この術式は今や、世界的に認められ、現在胆道閉鎖症に対する確立された標準術式であるのは衆知の如くである。」(七二頁)とする。
- (32) 移植手術が実施できないことの非倫理性を強調する見解として、対談「中間意見のインパクトと移植医療のゆくえ」における

川島康生氏の発言（『医療'91』八月号一六―七頁）、寺岡慧、太田和夫「脳死問題の本質は何か？…脳死論争の混乱とその解決」『月刊ナーシング』一九九一年一〇月号五四頁、朝日新聞一九九二年五月二九日朝刊論壇における幕内雅敏氏の記事が挙げられる。

(33) 加藤一郎氏は、座談会「脳死臨調最終答申をめぐって」（ジュリスト一〇〇一号、一九九二年）において、以前と同様になお自己決定権の一元的な問題として把握されているようである（一二頁）。

(34) 「薬害大国・日本の構造」 日経サイエンス一九九一年一二月号一四頁。